様式87の28

舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 | | | | |
| ２　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等 | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
|  | 時間 | 科 | 年 |  |
|  | 時間 | 科 | 年 |  |
|  | 時間 | 科 | 年 |  |
|  | 時間 | 科 | 年 |  |
|  | 時間 | 科 | 年 |  |

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。